

etc. Frecuentemente los padres harán esta tarea, puesto que fracasaron en la anterior, y una vez logrado esto pueden «empujar» de nuevo al niño para que vaya al colegio. Impartir directivas que vayan derecho al grano (v. gr., llevar al niño a la escuela) es una manera de abordar la cuestión. Con aquellas familias en las que el enfoque directo es ineficaz, el terapeuta recurrirá a un plan alternativo que motive a sus integrantes hacia el objetivo; si esto tampoco diera resultado, echará mano de otro plan. En todos estos casos se está cambiando la secuencia de hechos que tienen lugar en la familia y por ende la estructura entre padres e hijo, además de trazar una línea generacional, aclarar las funciones del padre y diferenciarlas de los problemas conyugales.

Cuando se emplea un enfoque directivo es esencial negociar una definición clara del problema presentado. Las mejores tareas usan a este último como palanca para inducir el cambio. Cuanto más ambiguo sea un problema, tanto más confusa será la programación de una tarea; tampoco es fácil diseñarla si el objetivo es poco claro. El terapeuta debe especificar cuál es su meta si ha de introducir una directiva para alcanzarla. La programación de directivas se vuelve más fácil a medida que él aprende a aclarar problemas y fijar objetivos.

### 3. La comunicación como «bits» y metáfora

En la terapia, las dos cuestiones más importantes son: 1) si después del tratamiento una persona ha cambiado más de lo que lo hubiese hecho sin él; 2) si un enfoque terapéutico es más eficaz que otro.

Al investigar estas cuestiones, los clínicos suelen discrepar sobre cómo ha de describirse la situación terapéutica. En un extremo están los «modificadores de la conducta» partidarios de emplear una descripción rigurosa y mediciones cuantitativas, de clasificar el problema terapéutico por la presencia o ausencia de actos pasibles de enumeración como ítems separados. En el otro se hallan muchos otros clínicos que se oponen a este enfoque arguyendo que ningún acto es independiente de otro, porque ambos están conectados a través de significados diferentes. Cada bando sostiene que el contrario no comprende el verdadero sentido de la experiencia terapéutica, y no pueden llegar a un acuerdo acerca de los procedimientos y resultados porque no han concordado en el lenguaje que se debe utilizar para describir un problema terapéutico.

Cuando un terapeuta escucha lo que aflige al cliente en la primera entrevista o investiga los resultados obtenidos una vez concluida la terapia, debe clasificar los hechos en algún lenguaje determinado. Las formas en que describa lo que oye y observa estarán determinadas por su punto de vista y su formación: algunos clasifican lo que la gente dice como «comunicación simbólica»; otros prestan atención a la frecuencia con que se reitera algún tipo de conducta; otros oirán las declaraciones como una secuencia de acción interpersonal dentro de una organización. Para formular los problemas y responder al interrogante de si la terapia ha tenido éxito o no, es preciso esclarecer los diferentes lenguajes en que se está definiendo la situación problema.

Supongamos que una mujer inicia la terapia informando que se lava las manos muchas veces al día y que desearía librarse de esta aflicción. El «modificador de la conducta» describiría tal vez a una persona así centrándose en su comportamiento y contando cuántos actos de lavado ritual realiza

por hora, definiendo la terapia como un conjunto de operaciones tendientes a reducir o eliminar el número de actos inapropiados; este enfoque parte de la premisa de que la conducta de ese individuo puede ser descrita en términos de «bits»<sup>\*</sup> de conducta. El psicólogo dinámico tradicional podría describir a la misma persona diciendo que con esos lavados compulsivos está expiando una culpa; la tarea terapéutica consistiría en ofrecerle un encuentro humano que resolviera su culpabilidad y cambiara su percepción del mundo, y el lavado ritual no se describiría como un «bit» computable sino como una metáfora, una analogía de su vida.

### Modos de comunicación dígitos y analógicos

El que haya dos maneras tan opuestas de describir el comportamiento de los seres humanos puede fundarse en el hecho de que estos son capaces de comunicarse en dos estilos o lenguajes diferentes. Un individuo se comunica ora en términos precisos y lógicos, ora en lenguaje metafórico. Cuando es lógico, su conducta puede describirse en un lenguaje lógico y científico, tal como lo haría un sabio con las plantas o moluscos; pero cuando no se comunica en función de categorías lógicas, no hay sistema descriptivo compuesto de dichas categorías que sea capaz de abarcar sus actos. El «mapa» no es adecuado para el territorio. Describirlo en categorías lógicas sería como contar las palabras de un poema. A la inversa, cuando una persona se comunica en función de categorías discretas, no corresponde describirla con metáforas.

Los dos modos diferentes de comunicación humana pueden caracterizarse, entre otras maneras, como comunicación dígita y analógica. La primera está integrada por esa clase de mensajes donde cada formulación posee un único referente específico. Ocurre o no ocurre algo; hay un estímulo y una respuesta. Esta comunicación puede clasificarse en una computadora, porque cada mensaje corresponde a una categoría específica. En esta modalidad, la conducta parece ser tan lógica como lo desearían los lingüistas objetivos. Uno puede decir: «Si A, y sólo si A, entonces Z, y sólo Z». Cada mensaje se refiere a una cosa, sin incluir otras distintas.

\* Bit: unidad de información en las computadoras. [N. de la T.]

<sup>1</sup> G. Bateson y D. D. Jackson, «Some Varieties of Pathogenic Organization», en D. D. Jackson, ed., *Communication, Family and Marriage*, Palo Alto, Calif.: Science Behavior Books, 1968, págs. 200-15.

La capacidad de comunicarse en lenguaje dígito le ha permitido al ser humano construir computadoras, remodelar la Naturaleza y funcionar en organizaciones complejas. El uso de este lenguaje para describir la conducta parece el más adecuado cuando se refiere al estudio de los seres humanos en su relación con el ambiente (p. ej., la construcción de puentes), pero empieza a plantear dificultades cuando se aplica al trato mutuo entre los seres humanos. Si queremos usar un lenguaje dígito para describir una conversación entre individuos, debemos esperar que se comuniquen en términos lógicos y racionales, con palabras que posean referentes específicos, previamente definidos. Desde el punto de vista dígito, la descripción de un hombre martilleando un clavo a la de otro peleando con su esposa deberían ser dos problemas descriptivos sinónimos: en ambos casos sería cuestión expresarse en un lenguaje preciso de referentes únicos. Pero describir una disputa entre cónyuges en lenguaje dígito podría implicar la omisión de la esencia del altercado. Cuando los esposos se pelean en torno a quién debe recoger las lavanderías de quién, el referente no es necesariamente «mediante el contexto de la relación matrimonial». Si tratáramos de programar la disputa en una computadora, sería imposible ubicar cada uno de sus mensajes en una sola categoría, porque habría que codificarlo para todos los múltiples referentes. El mensaje que encierra múltiples referentes ya no es «bit»: es un mensaje analógico, por cuanto se maneja las similitudes entre una cosa y otra. Es un lenguaje en el cual cada mensaje se refiere a un contexto de otros mensajes o lo establece. Aquí no hay mensajes y respuestas únicas sino estímulos y respuestas múltiples, algunas de ellas imaginarias. La comunicación analógica incluye las categorías como los «como si»; también caen dentro de este estilo el «juego», el «ritual» y todas las formas del arte. Lo analógico puede expresarse mediante un enunciado verbal, como en un poema o una metáfora, o mediante una acción (mostrar cómo algo «teatralizándolo»). Un mensaje así no puede clasificarse en categorías sin tener en cuenta el contexto de mensajes distintos dentro del cual surge.

De existir una continuidad entre las conductas dígito y analógica, la cuestión sería más fácil de resolver. Pero parece haber un cambio discontinuo cuando se pasa de una a otra, cambio que provoca una dicotomía. Podemos explicar el problema de la discontinuidad valiéndonos de la imagen televisada o un fotograbado a media tinta publicado en un diario. Ambos se componen de una serie de pun-

«bits» de información, pero la imagen es algo más que la suma total de esos puntos. Si la construimos yuxtaponiendo puntos, estos continuarán siendo tales hasta un momento determinado, en el que la imagen se reconoce como la representación de algo (p. ej., una escena o un rostro humano). En el punto en que se pasa de «bits» a escena, el cambio de comunicación dígita a analógica es discontinuo. La teoría de la información y la teoría de la cuantificación de «bits» de comportamiento pueden manejarse fácilmente con los puntos, pero no les es tan fácil relacionar la escena de la imagen con la original o describir lo que la foto le ha transmitido al lector. Si el fotograbado lleva una leyenda se plantea la misma cuestión: es un simple grupo de letras, o «bits» dígitos, pero en cuanto los «bits» forman una palabra reconocible la comunicación ha pasado de dígita a metafórica. No estamos ante una cuestión de extremos de un continuo, sino más bien ante una dicotomía entre dos tipos de comunicación. Siempre que hablamos de actos humanos surgen problemas de descripción con estos dos modos de comunicarse, particularmente en el campo de la terapia y su evaluación.

### La terapia y el uso de analogías

Uno de los aspectos más interesantes que tienen los intentos de cambiar a la gente es que el empleo de analogías o metáforas parece ocupar un lugar central en los procedimientos terapéuticos. Escuelas de terapia muy disímiles comparten una profunda preocupación por el uso de la comunicación analógica. No se trata simplemente de que los enfoques de «modificación de la conducta» se ocupen de «bits» y los de «psicología clínica dinámica» de analogías; los conductistas tienden, es cierto, a usar el modo dígito para describir los problemas y evaluar los resultados, pero puede decirse que su terapia real es a la vez dígita y analógica. El psicoanálisis alentó a los pacientes a hablar en estilo analógico. El requerimiento de la «asociación libre de ideas» significaba impartirle al paciente la directiva de abandonar durante un tiempo el estilo dígito y decir lo que le viniera a la mente, por irracional que pareciese. Hablando así, aquel ofrecía una serie de analogías acerca de su vida. El analista también le pedía que relatara sus sueños, para lo cual el paciente se valía asimismo del estilo analógico. La tarea del primero consistía en aplicar sus propias analogías mediante interpretaciones y explorar las relaciones existentes entre las

diversas metáforas que le comunicaba el paciente. La metáfora onírica se sometía al proceso de asociación libre, y esta conducía a una descripción de un hecho que, a su vez, resultaba ser una metáfora referida a otros aspectos de la vida del paciente.

En vez de hacer que este ofrezca las analogías, algunos terapeutas conductuales las ofrecen ellos al tratar de cambiar a individuos de un mismo tipo. Solicitan al paciente una lista de situaciones «angustiantes» dispuestas en orden creciente; luego le piden que se relaje mientras ellos le ofrecen una serie de analogías referidas a dichas situaciones: por ejemplo, a una persona con hemofobia le describe primero una escena en la que haya poca sangre, a la cual suceden otras donde pone cada vez más énfasis en la descripción de heridas sangrantes. Mientras escucha la metáfora, el paciente responde indicando solamente en términos dígitos si está o no «angustiado». Si bien él no ofrece ninguna analogía, salvo al describir sus problemas y en sus diálogos informales con el terapeuta, tiene poder de veto sobre las que este le brinda: en cuanto indica su «angustia» mediante una palabra o gesto, el terapeuta cesa en sus analogías o pasa a otras más suaves.<sup>2</sup>

En un enfoque opuesto, en vez de evitar angustiar al paciente graduando cuidadosamente las metáforas según el sistema de la «terapia conductual», Thomas Stampfl desarrolló la «terapia implosiva»,\* procedimiento que ayuda a la gente a disminuir su miedo pidiéndole que lo tenga.<sup>3</sup> Stampfl obliga al paciente a «angustiar» construyendo metáforas extremas: si teme a las sabandijas, le dirá que está rodeado de ellas, que son cada vez más grandes, que se le acercan y lo arrollan, etc. Aquí el paciente no tiene poder de veto, ya que su angustia sólo aumenta el carácter extremado de la metáfora. Sólo puede «curarse» no sintiéndose angustiado, a menudo riéndose mientras sus temores se reducen al absurdo en las analogías que le ofrece el terapeuta. La «terapia de la intención paradójica» aplica similar procedimiento.<sup>4</sup>

La «terapia verbal condicionante» opera de manera opuesta a la «terapia conductual» de Wolpe y a los procedimientos

<sup>2</sup> J. Wolpe, *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1958.

\* *Implosive therapy*: denominación derivada del significado original de *implosión* («rotura de un objeto hueco por exceso de presión exterior»), que alude al cambio interior provocado en el paciente mediante el aumento de los factores de tensión. [N. de la T.]

<sup>3</sup> P. London, *The Modes and Morals of Psychotherapy*, Nueva York: Grune & Stratton, 1964.

<sup>4</sup> V. E. Frankl, «Paradoxical Intention and Dereflection», *Psychotherapy*, n° 12, 1975, págs. 226-37.

de Stampfl, no obstante derivar todos estos enfoques de las teorías del condicionamiento. Aquí, en vez de ser el terapeuta quien ofrece las analogías en tanto el paciente responde con señales dígitas, este describe su vida en estilo analógico y aquel da respuestas dígitas. Desde el punto de vista del terapeuta, estas respuestas (que pueden ser gestos de asentimiento o palabras de aliento) «refuerzan» ciertas partes de la comunicación del paciente. Por ejemplo, si este dice algo así como: «Mi vida es una rémora», el terapeuta no responde, pero cuando dice: «A veces mi vida parece brillante», le sonríe o asiente con la cabeza para estimular más metáforas de esta clase.

Al investigar las distintas formas de terapia se ha descuidado un aspecto: el hecho de que no es raro que un terapeuta ofrezca analogías sobre la vida en general bajo la forma de ejemplos extraídos de su propia experiencia o de informes sobre experiencias del paciente. Este empleo de la analogía no suele considerarse un objetivo de la terapia, sino que se recurre a él al pasar durante intercambios informales con el paciente. Una sorprendente cantidad de terapeutas cuentan chistes a sus pacientes, en tanto que otros optan por el uso sistemático de anécdotas. Milton Erickson ha superado a la mayoría de sus colegas en el desarrollo de este procedimiento: narra al paciente una historia formalmente paralela a su problema y considera que el cambio terapéutico se relaciona con el vuelco provocado en sus analogías por las que recibe del terapeuta.<sup>5</sup>

### Las analogías en la entrevista de la familia

El procedimiento de entrevistar a familias enteras ha puesto de manifiesto un nivel de analogías que también está implícito en todas las formas de tratamiento. La terapia de la familia abarca muchos enfoques y escuelas diferentes pero, por lo general, se entrevista conjuntamente a toda la familia y el terapeuta pide a sus integrantes que ofrezcan analogías verbales sobre sus problemas. Simultáneamente, mientras ellos interactúan, brindan un retrato analógico de lo que es su vida en común.

<sup>5</sup> J. Haley, ed., *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Papers of Milton H. Erickson*, Nueva York: Grune & Stratton, 1967, págs. 229-312. Véase también J. Haley, *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson*, M. D., Nueva York: Norton, 1973.

Sus descripciones verbales son ejemplos de lo que está acaeciendo entre ellos, lo cual a su vez guarda analogía con otros sucesos; el terapeuta responde con metáforas sobre esa familia u otras. Sin embargo, además del intercambio verbal, muchos terapeutas familiares solicitan activamente que se produzcan cambios de conducta en los integrantes, ya sea dentro o fuera del consultorio. Al observar este estilo de terapia se hace más evidente que en todo tratamiento la relación entre paciente y terapeuta es analógica respecto de lo que se comunica durante las sesiones. Supongamos que el terapeuta advierte que un padre sólo le habla a su hijo varón a través de la madre; su intervención puede consistir en pedirle a esta que se haga a un lado y a los primeros que corran sus sillas de modo que queden enfrentados y luego conversen (a veces se dice que esto es necesario «para ver cómo dialogan padre e hijo»). Este intercambio entre padre e hijo es una metáfora de su relación mutua, pero al disponerlo el terapeuta también está representando una analogía de muchos aspectos de la familia, entre otros cómo la madre debe permanecer fuera del diálogo. En una entrevista, ya sea individual o colectiva, cada acto del terapeuta es asimismo una analogía sobre la manera de comportarse. Esta analogía o metáfora de relación es *metaanalógica* respecto del contenido de la discusión. Si la terapia consistiera simplemente en ofrecer «bits» dígitos de información a los pacientes para que comprendan, la relación no sería muy importante. Empero, el cambio de conducta del paciente se produce como parte de los cambios analógicos ocurridos en la relación con el terapeuta.

Una vez que reconocemos los múltiples niveles de comunicación analógica que se presentan en la terapia, podemos enfrentar las complejidades que encierra el proceso de inducción del cambio terapéutico. Cada formulación del paciente es un código múltiple: está referida, por lo menos, a sus formulaciones previas, a su contexto de relaciones interpersonales y a su relación actual con el terapeuta, o sea que «encaja» en un complicado conjunto de situaciones mediante resonancias analógicas con estas múltiples facetas. El paciente parece ser un individuo «raro» —esto es, neurótico o psicótico— cuando sus formulaciones son anómalas porque deben «encajar» en un contexto anómalo. Por ejemplo, si un paciente psicótico le dice al terapeuta: «Mi estómago está lleno de cemento», sin darle ningún indicio de que está usando un lenguaje metafórico, la formulación es una expresión analógica de un contexto complejo. Está aludiendo metafóricamente a la comida que dan en el hospital y expresando

una formulación analógica sobre sus relaciones dentro del establecimiento; indica su desconfianza hacia el terapeuta al no sugerir el modo en que deberá recibirse lo que dice. La formulación es al mismo tiempo una respuesta metafórica a un comentario previo del terapeuta. Cuando el paciente está «curado» tal vez se comunique de un modo más normal, diciendo, por ejemplo: «La comida que dan aquí es terrible; de todos modos, la forma en que me tratan me revuelve el estómago»; en este caso rotularía adecuadamente su metáfora. Emplearía todavía un lenguaje analógico, pero su analogía sería más «normal», y demostraría su cambio en el estilo con que indica en qué situación se encuentra con respecto a su interlocutor.

Examinando la manera en que se induce al paciente a cambiar su estilo de comunicación parecería evidente que, puesto que su comunicación se adapta a su contexto, debe cambiarse este para modificar aquella. Dicho de otro modo: para que cambie su forma de comunicarse con el terapeuta es preciso que se modifique la situación real del paciente y su relación con el terapeuta. No se puede cambiar su manera de expresarse «trabajando sobre su comunicación», sino únicamente modificando la organización de la situación a la que se está adaptando.

### Un problema es una metáfora

Veamos un ejemplo del uso terapéutico de la analogía. Un hombre se somete a tratamiento porque, según dice, teme morir de un ataque cardíaco. Diversos médicos le han asegurado que su corazón funciona bien, pero aun así tiene miedo de que se le detenga en cualquier momento. El terapeuta se ve ante la tarea de cambiar el estilo de comunicación de este paciente.

Si un médico toma la analogía que emite este hombre como una formulación dígita sobre su corazón, probablemente dará una respuesta dígita: «Su corazón está sano», y el paciente visitará a otro facultativo aunque aquel haya respaldado su afirmación con un impresionante instrumental cardiológico.

Algunos terapeutas tomarán la comunicación que da esta persona sobre su corazón en sentido analógico: como una formulación que significa algo con respecto a otra cosa. Le harán una serie de preguntas para recoger información atinente a aspectos de su vida que guarden relación analógica

con lo dicho sobre su corazón. Las preguntas típicas son: «¿Puede decirme algo más de eso?» (para aumentar el flujo de analogías), «¿Qué le parece eso?» (para estimular formulaciones más específicamente analógicas) y «¿Experimenta un miedo similar hacia otras cosas?» (para sacar a luz analogías conexas).

La clase de analogías que interesen al terapeuta dependerá de su teoría particular sobre la «causa» de los problemas que se le presentan al paciente. El terapeuta psicodinámico y el conductual se interesarán por las metáforas referentes al pasado, pues suponen que los traumas del pasado son los causantes de las actuales dificultades. Si el paciente dice: «El miedo empezó aproximadamente cuando mi hermano murió de un ataque cardíaco, hace siete años», ambos terapeutas se interesarán vivamente en ello, aunque sus procedimientos difieran. El terapeuta psicodinámico empezará a tejer «interpretaciones» para ayudar al paciente a establecer un nexo entre las analogías referidas a su propio miedo, a la muerte y sus sentimientos hacia su hermano. El terapeuta conductual habrá hallado un área de angustia a descondicionar: el trauma de la muerte; tal vez su terapia maneje más el presente que el pasado, pero su explicación causal se orientará hacia este último.

Un terapeuta directivo con orientación hacia la familia tendrá un punto de vista bastante diferente: supondrá que la formulación del paciente sobre su corazón guarda analogía con su situación actual. Le preguntará acerca de su trabajo, sus hijos, sus relaciones con la esposa, etc., y querrá que esta asista a una sesión para poder examinar el trato conyugal y qué uso se les da, en el intercambio entre marido y mujer, a las quejas del primero sobre su corazón. Al entrevistar a ambos cónyuges, se interesará por la manera en que reacciona ella cuando su marido se siente mejor o peor; puede advertir que manifiesta depresión cuando él subraya los mejores aspectos de su vida y su salud, participando y animándose más cuando el esposo habla de su problema cardíaco. Elaborará entonces la teoría de que la comunicación del marido sobre su corazón es una manera de estabilizar el matrimonio y buscará las clases de datos que revelen de qué modo la analogía cardíaca se inserta en la ecología de la persona o en la red interpersonal.

La vida familiar y laboral de una persona que presente este síntoma está organizada en torno a esa analogía: los niños no deben alborotar, pues esto agitará al padre, que teme por su corazón; los viajes y diversiones están determinados por el estado del padre y su corazón; la clase de empleo

que tiene el padre y su desempeño en él están regulados por su corazón. A menudo el problema es, a la vez, el principal motivo de reyerta y la manera de evitar conflictos en el matrimonio; por ejemplo: las relaciones sexuales deben mantenerse únicamente en las circunstancias determinadas por el marido, preocupado por no recargar su corazón, y este órgano se convierte en un problema muy conveniente para los conflictos sexuales de la pareja. En estos casos también se advierte que los esposos riñen por la mañana: el marido dice que no puede ir a trabajar pues podría morir si se esfuerza, mientras que ella insiste en que debe ir o perderá el empleo; suele ocurrir que el marido se queda en casa por su corazón justamente en aquellos días en que más le preocupa el estado de ánimo de su esposa y teme dejarla sola.

### ¿Cómo se genera el cambio?

Al referirnos a la manera en que se hace cambiar a una persona que comunique esta clase de analogía, debemos distinguir entre la interpretación del problema a que llegan los diferentes terapeutas y lo que hacen al respecto. En un caso así, sea cual fuere su escuela, todos procuran cambiar una metáfora: modificar la comunicación del paciente de que espera morir de un ataque cardíaco en cualquier momento. Para muchos de ellos no se tratará de cambiar la comunicación del paciente, sino que postularán la modificación de algún elemento interno: un temor, idea, conflicto o pesadilla. No obstante, la definición de un cambio exitoso sería que la persona ya no comunique más que va a morir de un ataque cardíaco.

Debido a la naturaleza de su enfoque, muchos terapeutas no le asegurarían al hombre que su corazón funciona bien, como han hecho su esposa, sus amigos y numerosos médicos, pero todas las comunicaciones dirigidas a él llevarían implícito el siguiente mensaje: «A su corazón no le pasa nada, y su formulación es una analogía sobre alguna otra cosa». Al no responderle como a un caso cardíaco «real», su comportamiento metacomunicativo le indica al paciente que su corazón funciona bien. Es importante subrayar la existencia de este encuadre para dejar en claro que, aun en el caso de que un terapeuta tome en sentido literal la metáfora de la muerte ocasionada por un ataque cardíaco, lo hace dentro de un encuadre que indica la ausencia de trastornos cardíacos en el individuo.

Para este problema hay dos enfoques con los que, al parecer, se alcanzan más triunfos que fracasos: el primero define el problema como una situación individual y la terapia ulterior intenta provocar un cambio en la percepción; el segundo presume que es un problema pluripersonal y la terapia se orienta hacia la familia.

El primer enfoque es una intervención paradójica que incluye la acepción literal de la metáfora dada por el individuo de que morirá de un ataque cardíaco; sus exponentes típicos son Victor Frankl y Stampfl. El procedimiento consiste en decirle al paciente no sólo que morirá del corazón, sino que debe caer muerto ahí mismo. Utilizado de manera inadecuada, lo disuade de concurrir a una nueva sesión de semejante tratamiento; bien utilizado, causa una transformación que incluye el abandono de la comunicación de que morirá de un ataque cardíaco. El enfoque adecuado implica, ante todo, establecer una relación de confianza con el individuo (definiéndola como aquella relación en la cual el terapeuta está de parte del cliente y dispuesto a ayudarlo), y comunicarle que su corazón funciona bien. El segundo paso consiste en incitar al cliente a caer muerto al instante, fulminado por un ataque cardíaco; aquí se toma literalmente la metáfora del individuo: puesto que su corazón fallará, debe hacerlo ahora mismo. La comunicación no se recibe como analogía de otra cosa, sino como una formulación dígita referida a su corazón.

Deben incluirse uno y otro aspecto del procedimiento: el encuadre de ayudar al paciente a superar el problema con la indicación de que su corazón funciona normalmente, y la formulación de que le está fallando y debe caer muerto al instante. Cuando el terapeuta tiene éxito el paciente abandona su analogía acerca de su corazón, a menudo riéndose de algún detalle del procedimiento. Esto debe repetirse cada vez que surja una expresión de temor referida al corazón.

Aunque este enfoque puede dar resultado, no toma en cuenta las consecuencias que acarreará el cambio dentro de la familia del cliente, cuando este abandone la analogía sobre el corazón. Es de prever que la esposa y otros familiares experimentarán, por lo menos, una inquietud temporaria; hasta puede desatarse una tormenta matrimonial que desemboque en la separación. No se puede cambiar esta clase de comunicación sin alterar la organización en que vive la persona, a menudo de un modo imprevisible.

## Un enfoque con participación familiar

Milton H. Erickson ha desarrollado un procedimiento similar al anterior en la aceptación literal de la metáfora sobre el corazón, pero que también tiene en cuenta a la familia; además, Erickson hace que sea la esposa quien tome la metáfora, en sentido literal, en vez de hacerlo él personalmente. En una situación como esta, la esposa suele creer a los médicos que afirman que su esposo tiene un corazón normal, pero también reacciona frente al comportamiento de este con la inquietud de que el trastorno sea real. Esencialmente, oscila entre condenar el autoengaño de su marido y compadecerlo un segundo después por su estado cardíaco. Esta oscilación es típica de los familiares íntimos de personas que presentan varias clases de graves síntomas psiquiátricos. Erickson establece una relación de confianza con ambos cónyuges, fundamental para este enfoque, y asiste a la esposa en relación con aquellos problemas suyos que son evitados mediante la comunicación sobre el corazón. Una vez que la relación ha sido establecida y que la esposa está preparada para que su marido abandone esta metáfora, Erickson hace que la mujer incite al marido a morir de su ataque cardíaco, puede disponer que lo haga de diversas maneras verbales y no verbales, e incluso que responda a cada queja de él como si fuera un verdadero ataque (llamando a una ambulancia o solicitando otra asistencia médica adecuada). Erickson también ha recurrido a un método aún más eficaz: hacer que la esposa visite varias empresas de servicios fúnebres y recabe folletos sobre funerales; cada vez que el marido habla de su miedo a morir del corazón, ella distribuye calladamente los folletos de pompas fúnebres por toda la casa. Este procedimiento resuelve muy pronto el problema. Al decir que el problema se «resuelve» con este enfoque nos referimos a que se ha bloqueado la metáfora y obligado a la pareja a establecer otras maneras de comunicarse entre sí; ahora deberán desarrollarse otros estilos de comportamiento en todas aquellas áreas de choque conyugal donde antes se empleaba la metáfora sobre el corazón. Se ha provocado la inestabilidad del sistema. Cabría pensar que el esposo podría remplazar su ataque cardíaco por otra metáfora sobre algo que lo incapacite (p. ej., el miedo al cáncer), pero tal sustitución no se da en la práctica. Aparentemente, la alianza entre la mujer y el terapeuta que fuerza el cambio en la metáfora sobre el corazón también provoca un cambio en esa clase de metáforas. Lo típico es que el marido se enoje y utilice un lenguaje más directo ante diversas situaciones con-

yugales donde antes empleaba la metáfora, como ser la vida sexual, las diversiones, etc. A su vez, la esposa se expresa con otra metáfora, además de la conducta depresiva, y durante este proceso los dos cónyuges logran cambiar su trato mutuo y establecer una comunicación más «normal».

Este ejemplo es similar a otras clases de metáforas expresadas mediante sensaciones físicas, en la que estas cambian cuando se hace necesario un tipo diferente de comunicación. A la esposa que padece un «auténtico» dolor de cuello carente de una causa orgánica puede describírsela diciendo que expresa de un modo analógico la opinión que le merecen sus allegados; el dolor de cabeza, de estómago, las náuseas, etc., pueden interpretarse y tratarse igualmente como metáforas sobre la vida familiar. Hay personas capaces de decir: «Usted me hace doler la cabeza», sin sentir dolor alguno; otras necesitan sufrir una verdadera cefalea utilizándose a sí mismas como herramienta analógica para expresar algo sobre su sistema. En la terapia, a menudo es posible enseñarles a los pacientes que se valen de la metáfora de la cefalea a declarar verbalmente que les duele la cabeza cuando en realidad no es así, para que la formulación verbal continúe prestando el mismo servicio de la metáfora pero sin el dolor; por lo común, este enfoque hace que el paciente abandone las dos metáforas: la somática y la verbal.

Cualquiera que sea el enfoque terapéutico adoptado por el clínico, este se distingue de otros investigadores del comportamiento humano por su particular interés en la comunicación analógica. En tanto que los científicos sociales insisten en que su enfoque es «blando» y debería manejarse con hechos, el clínico afirma que se equivocan y pasan por alto la importancia de la comunicación metafórica.

## Evaluación de la terapia

No bien se encara la cuestión del cambio en la terapia y el modo en que puede ser descrito y evaluado, surge una dificultad: la mayoría de las evaluaciones de la terapia han tratado de estimar el valor del cambio atendiendo más que nada a la comunicación dígita, en tanto que aún no se ha desarrollado la metodología para la evaluación del cambio en una metáfora.

En estos últimos años, la mayoría de las evaluaciones de la terapia han intentado ser científicas recogiendo información fáctica antes y después del tratamiento y confrontándola con

otra similar obtenida de un grupo contrastante (p. ej., de pacientes potenciales tomados de una lista de espera). La metodología empleada se apoya principalmente en el informe suministrado por los propios involucrados, subrayándose por lo común dos factores: El problema originariamente presentado por el paciente, ¿persiste aún o ha sido remediado? ¿El paciente ha buscado la ayuda de otras personas luego de terminada la terapia? El investigador recoge esta información del paciente, del terapeuta y quizá de miembros de la familia, buscando las respuestas que puedan codificarse como «bits» para una medición cuantificable. Las respuestas deben ser «sí» o «no» o bien corresponder a una escala, como ser «ningún cambio», «algún cambio», «gran cambio», etc. Por ejemplo, en el caso de un paciente que presente un problema de temor a morir de un ataque cardíaco se establece alguna clasificación de gravedad al comienzo de la terapia; al cabo de ella se le pregunta si aún experimenta ese temor o no y, en caso afirmativo, se le pide que clasifique su gravedad. Ya se trate de una fobia, depresión o lo que fuere, el propósito es convertir al problema en una «cosa» que está presente, ausente o parcialmente presente.

El autoinforme plantea serios interrogantes. Los clientes que han gastado mucho dinero en la terapia, o que sienten simpatía o antipatía respecto de sus terapeutas, estarán influidos por ese contexto al informar sobre los «hechos». Del mismo modo, los terapeutas difícilmente son observadores objetivos de una tarea en la que han puesto mucho de sí; el investigador supuestamente desinteresado también tiene sus intereses y trabaja dentro de un contexto que influye en los hechos: al comienzo de la terapia, un paciente puede exagerar su problema ante un investigador, aunque no sea quien habrá de tratarlo, creyendo quizá que de su opinión dependerá que lo someta o no a tratamiento. Sin embargo, no se trata de una simple cuestión de parcialidad y falta de confiabilidad: también cuenta la circunstancia de que el autoinforme es a la vez dígito y metafórico. En tanto las formulaciones del paciente o del terapeuta estén «influidas» por la experiencia y contexto del tratamiento, cada uno de ellos se comunicará en forma analógica sobre dicho contexto aunque responda ostensiblemente de un modo dígito. La comunicación es una metáfora de la persona al investigador que no sólo tiene por referente al problema y su existencia o inexistencia, sino que también encierra una formulación analógica sobre la relación con el terapeuta, con los miembros de la familia y con el investigador. Así pues, la cuestión se transforma en un caso de evaluación de una metáfora expresada en términos dígitos.

La evaluación también puede encararse como algo que necesariamente implica modificaciones en el estilo de comunicación analógico del paciente. Cuando los síntomas aparecen como metáforas, la cuestión es si la metáfora ha cambiado o no. Podrían hacerse tests proyectivos antes y después de la terapia, pero su confiabilidad es más que dudosa. Un clínico no arriesgaría su reputación por el resultado de un test proyectivo, en parte porque debe interpretarse subjetivamente y también porque en su ejecución entra en juego la influencia del examinador. Otra razón más evidente es que el test proyectivo produce metáforas que son una comunicación hecha al examinador, y el paciente no conviene con este sino con sus familiares íntimos. Probablemente, si se dirige a un examinador, una persona responderá de manera diferente con respecto a una mancha de tinta que si fuera su madre la que le administrara el test; la relación con uno y otra es distinta, de modo que también diferirá el estilo de comunicación. En materia de cambios, lo que importa es si el paciente ha modificado su estilo de comunicación con las personas con quienes convive (a menos que el síntoma a tratar implique un problema de relación con los extraños).

Nadie discute la importancia que tiene en terapia hacer una evaluación aunque sea digital del cambio, pero si los clínicos se concentran tanto en la comunicación analógica, parece evidente que la evaluación debe trabajar con analogías. Dicha evaluación ha de incluir necesariamente la observación y medición del modo en que el «paciente» se comunica con los demás, incluyendo a su esposa, hijos, empleador y terapeuta. Puesto que la comunicación analógica ejerce múltiples funciones en la red de relaciones interpersonales, para encontrar el cambio deberá examinarse esta red. El autoinforme sobre esta clase de comunicación no es adecuado; es preciso observar concretamente la conducta del paciente con sus íntimos fijándose, por ejemplo, si el marido sigue tomándose el pulso cuando la esposa le dirige tiernas miradas, o si continúa riendo con ella sobre otros asuntos que no sean su corazón. Las dificultades que plantea la investigación en esta área se están explorando mediante estudios de filmes y tests de familia, pero apenas si ha comenzado a desarrollarse una medición rigurosa. Para la mayoría de los clínicos la evaluación de la terapia sería incompleta y carente de sentido si faltara esta exploración del cambio en la comunicación analógica. (La dificultad de la evaluación no excusa a los terapeutas que dejan de practicarla; las dificultades son una cuestión de matices. Ciertamente, un terapeuta puede computar los éxitos que alcanzó ayudando a sus clientes a

superar los problemas presentados, sin dejar por ello de aceptar los aspectos más complejos del cambio.) Desde el punto de vista que ofrecemos aquí, la terapia es la intervención de un extraño en un sistema de comunicación firmemente estructurado, donde los síntomas constituyen un estilo de conducta adaptado al comportamiento actual de los otros integrantes del sistema. Ya se defina al problema como una fobia, depresión, alteración del carácter, *acting out* o lo que sea, la comunicación es funcional dentro del sistema. La intervención del terapeuta se aplica a un sistema familiar, ya se la denomine *terapia individual* porque trata sólo con el paciente o *terapia familiar* porque concurren a la sesión sus familiares íntimos. El proceso terapéutico puede consistir en hacer que las personas se liberen de las metáforas que están utilizando, pasando a emplear otras más apropiadas, o en bloquear las metáforas a fin de obligar al paciente a desarrollar otras. Una terapia eficaz provoca el cambio del sistema total en que vive una persona, posibilitando una comunicación más normal en todos sus integrantes. Determinar si ha ocurrido o no un cambio es una cuestión más compleja de lo que indicarían los estudios preliminares de evaluación de la terapia.

En resumen, los síntomas pueden describirse como actos comunicativos que ejercen una función dentro de una red de relaciones interpersonales; no son «bits» de información sino analogías que tienen por referentes a múltiples aspectos de la situación del individuo, incluso su relación con el terapeuta. Desde este punto de vista, el objeto de la terapia es cambiar la conducta comunicativa del individuo, o sea, cambiar su metáfora. En tanto su conducta sea una reacción ante la situación en que se encuentra con respecto a sus íntimos, dicha situación debe cambiar para que cambie su comunicación. Las diversas formas de terapia pueden describirse como maneras de responder a las analogías del paciente en forma tal que estas cambien. La evaluación del resultado incluirá no sólo la presencia o ausencia de un «bit» de conducta en el paciente, sino también una evaluación de los cambios producidos en el sistema al cual se está adaptando mediante su forma especial de comunicación.

## 4. Comunicación: secuencia y jerarquía

Los investigadores requieren teorías complejas; los clínicos, simples. El investigador debe explicar innumerables variables y reflexionar sobre ellas; el clínico debe elegir las variables claves y actuar. La situación es increíblemente compleja cuando varias personas se tratan unas a otras en formas organizadas. El investigador que examina filmes con cámara lenta para estudiar el movimiento corporal, estudia lingüística para ahondar en las entonaciones vocales y semántica para conocer el significado del texto verbal, se halla en un mundo donde el número de variables es casi infinito. Afortunadamente, los clínicos tienen más libertad para simplificar las cosas; la cuestión es elegir las variables importantes más relacionadas con el cambio.

### Poder y organización

Observando a la gente que tiene un pasado y un futuro gregarios, vemos que se tratan entre sí de acuerdo con formas organizadas de conducta. Si hay una generalización aplicable al hombre y demás animales, es la de que todas las criaturas capaces de aprender se ven obligadas a organizarse. Estar organizado significa seguir modos de conducta estandarizados y redundantes y existir dentro de una jerarquía. Las criaturas que se organizan gregariamente forman una escala de status o poder en la que cada una ocupa un lugar en la jerarquía, con alguien por encima y por debajo. Si bien los grupos poseerán más de una jerarquía debido a las diferentes funciones a cumplir, la existencia de un orden jerárquico es inevitable porque está en la naturaleza misma de la organización. Podemos soñar con una sociedad donde todas las criaturas sean iguales, pero en este mundo terrenal hay status, precedencia y desigualdad entre todos los seres. En muchas sociedades hasta se emplean dialectos distintos según uno se dirija a un superior o a un inferior, y en todas partes los mensajes que se intercambian las criaturas con sus maneras

repetitivas son mensajes que definen posiciones en jerarquías organizativas. Si un grupo intenta organizarse en base a la igualdad de status entre sus miembros, algunos de estos serán más iguales que otros a medida que evolucione la organización.<sup>1</sup>

Antes de proseguir con este tema quizá convendría aclarar un posible malentendido respecto de poder y jerarquía. Aunque es preciso aceptar la *existencia* de la jerarquía, eso no significa que tengamos que aceptar una estructura *en particular* o una determinada jerarquía familiar; no es obligatorio aceptar el *statu quo*, ya sea en función de la estructura económica de la sociedad o de una jerarquía particularmente desafortunada. En todas partes hay ordenamientos jerárquicos injustos: una clase económica elimina a otra; se mantiene a la mujer en una posición subordinada, tanto en la familia como en los grupos de trabajo, por la sola razón de su sexo; se coloca a las personas en posición subordinada por motivos raciales o religiosos; los padres oprimen a sus hijos en cuanto les infligen restricciones y explotaciones extremadas. Obviamente, muchos de los males por corregir se refieren a cuestiones de jerarquía, y todo terapeuta debe meditar profundamente sobre su posición ética.

Es importantísimo que el terapeuta no confunda la existencia de una jerarquía injusta con una estrategia para cambiarla. Si notamos que un niño es oprimido por su familia, eso no significa necesariamente que debamos aliarnos con él contra sus progenitores para «salvarlo»; el resultado podría ser un niño más desgraciado y unos padres más desdichados y restrictivos. El terapeuta puede sentirse moralmente justificado al atacar directamente a los progenitores, pero el objeto de la terapia no es la justificación moral de quien la aplica y el niño suele pagar las consecuencias del ataque. Atacar a los padres por el simple hecho de que son las autoridades e in-

<sup>1</sup> Una posible objeción al concepto de jerarquía es que una organización puede describirse de diversos modos. El «orden de prioridad» que observamos puede ser un producto de nuestra mente y no de la índole de la organización. Por ejemplo, observamos que los caballos siempre entran en el establo siguiendo un orden determinado. No podemos describir esta pauta diciendo que hay un animal superior y otro subordinado; lo que notamos es una pauta en la cual los animales se comportan siguiendo una secuencia. El esquema descriptivo que elijamos dependerá de los propósitos que guían nuestra descripción: si nuestro interés se centra en cambiar una organización con funcionamiento defectuoso, la descripción deberá explicar cómo funcionan defectuosamente las organizaciones y dar ideas sobre cómo producir el cambio. El concepto de jerarquía, o de niveles de status y poder, parece el más apropiado como descripción para los fines terapéuticos.

tegran el sistema social es una candidez que puede conducir fácilmente al fracaso de la terapia.

No sólo cuenta el hecho de que todos los animales forman organizaciones jerárquicas; también es importante reparar en que la jerarquía es mantenida por *todos* sus integrantes: los de mayor status se hacen respetar mediante sus acciones, pero si alguno de ellos no lo hiciera los de status inferior actuarán para imponer la jerarquía. Cuando los animales o los seres humanos se salen del orden, los de abajo se esfuerzan tanto como los de arriba por restablecer la jerarquía. (La conducta cooperante de los inferiores ha desesperado a menudo a los revolucionarios.)

Vista en términos jerárquicos, la organización familiar incluye personas de diferentes generaciones, de diferentes ingresos y de diferentes grados de inteligencia y destreza. Estas complicadas líneas jerárquicas guardan relación con las múltiples funciones de una familia. La jerarquía más elemental involucra el límite generacional. También existen intrincadas relaciones entre tíos, tías, primos, etc., en el sistema de parentesco, pero en el nivel más simple son los progenitores los que alimentan y disciplinan a los hijos, quienes a su vez alimentarán y disciplinarán a los suyos a medida que trascurren las generaciones. En cualquier momento dado hay, cuando más, cuatro generaciones en funcionamiento, aunque lo más común es que sean tres: abuelos, padres e hijos. Estas tres generaciones pueden simplificarse en tres niveles de poder o status. En la familia tradicional el status y poder máximos residían en los abuelos, luego venían los padres y en último lugar los niños (este ordenamiento todavía se advierte en Asia). En el mundo occidental, especialmente en esta época de rápido cambio social, los abuelos poseen menos status y poder; en el ordenamiento de una familia nuclear el poder suele radicar en los padres, viéndose desplazados los abuelos a un rol asesor, cuando no superfluo. Los expertos profesionales tienden a restituir la autoridad a los abuelos.

Sea cual fuere el ordenamiento adoptado, toda familia debe organizarse jerárquicamente elaborando reglas sobre quiénes tendrán más status y poder y quiénes ocuparán un nivel secundario. La manifestación de síntomas por parte de un individuo es señal de que la organización en que vive tiene un ordenamiento jerárquico confuso; quizá sea tan ambiguo que nadie sepa quién es su par y quién su superior, quizás un miembro que ocupa un determinado nivel jerárquico se empeñe en formar coalición contra uno de sus pares con otro miembro de nivel distinto, violando así las reglas básicas de toda organización.

Cuando en una jerarquía las posiciones de status son confusas o poco claras existe una pugna que un observador definiría como «lucha por el poder». Si este observador sustenta la teoría de la agresión innata o la necesidad de poder, dirá tal vez que quienes luchan por el poder están satisfaciendo un impulso interior. Sin embargo, parecería más útil describir esa lucha como un esfuerzo por aclarar o elaborar las posiciones dentro de la jerarquía de una organización. Cuando un niño tiene berrinches y rehúsa hacer lo que su madre le ordena, puede decirse que estamos ante una situación de jerarquía poco clara; a menudo la madre indica con esto que, estando el niño a su cargo, lo trata simultáneamente como si fuera su par, con lo cual se confunde la jerarquía.

Si hay una regla fundamental de organización social es la de que esta peligra cuando se establecen coaliciones entre distintos niveles jerárquicos, particularmente si son secretas. El empleador que practica el favoritismo con sus empleados forma coaliciones por encima de las líneas de poder y se coliga con un empleado contra otro; lo mismo ocurre si un empleado pasa por sobre su superior inmediato y se coliga contra este con otra autoridad más alta, o si un gerente se coliga con un obrero contra el capataz. Si la coalición es ocasional no tiene importancia, pero cuando las secuencias de hechos de esta naturaleza se reiteran una y otra vez, se trastorna la organización y los participantes experimentan una angustia subjetiva.

No es sorprendente que en el contexto de la terapia aparezcan a menudo luchas por el poder, puesto que aquella comprende el arte de mantener ambiguo el tipo de relación. Cuando un terapeuta se define como experto aceptando dinero por su asistencia, y luego se rehúsa a serlo y hasta le pregunta al paciente qué cree que debe hacerse, la jerarquía pierde nitidez, y el paciente se esforzará por aclarar la relación. El observador podría describir la acción resultante como una «trabajosa penetración» de resistencia, pero también puede verse en ella una cuestión de organización. Decir que terapeuta y paciente luchan por el control de la terapia no implica que ellos «necesiten» ese control, sino que su relación es ambigua por la índole del proceso terapéutico.

## Secuencias

Una jerarquía puede delinearse, entre otras maneras, observando las secuencias de hechos que ocurren dentro de una

organización. Si vemos que Fulano le dice a Mengano que haga algo y este lo hace, puede tratarse de un acto aislado; si el acto se repite una y otra vez, inferimos que Fulano es jerárquicamente superior a Mengano. Una estructura está compuesta por actos reiterados entre personas.

Lo que ha revolucionado el campo de la terapia ha sido la concepción de que uno de los objetivos de la misma es cambiar las secuencias de hechos que acaecen entre personas dentro de un grupo organizado: cuando esa secuencia cambia, también experimentan un cambio los miembros del grupo. Puede definirse al cambio terapéutico diciendo que es aquel que se produce en los actos reiterados de un sistema autorregulante, preferiblemente el que da paso a un sistema más diversificado. La secuencia rígida y repetitiva dentro de límites estrechos es la que determina el caso patológico.

La gente parece tener cierta dificultad —en realidad, cierta renuencia— para observar y describir las pautas repetitivas existentes en una cadena de tres o más acontecimientos, sobre todo en aquellos en que se ve involucrada. Un terapeuta puede notar que una esposa lo provoca reiteradamente, y hasta reconocerá quizás una secuencia de dos acciones al advertir que ella obra así después que él ha criticado a su marido; sin embargo, parece más difícil reparar en que el niño fue descortés, el padre lo retó, el terapeuta reaccionó contra el padre y luego fue provocado por la esposa. Estas secuencias parecen resultar difíciles para los alcances de nuestra atención cognoscitiva. En realidad, es muy posible que, tal como lo ha sugerido Braulio Montalvo, hayamos creado dentro de nosotros mismos las amnesias necesarias para saltar fragmentos de las secuencias. La primera vez que observamos las secuencias y concebimos nuevas ideas sobre ellas fue cuando grabamos la interacción en videocinta.<sup>2</sup>

Veamos un ejemplo de cómo pueden interpretarse las secuencias recordando cómo se las ha concebido en la evolución del movimiento de orientación infantil.\*

El proceso fue en etapas progresivas. Primero se supuso que el problema residía en que algo «no andaba bien» en el niño, tejiéndose la hipótesis de que estaba respondiendo a experiencias del pasado que habían sido interiorizadas por él. Más adelante se puso énfasis en la madre, y se dijo que el niño tenía un problema de relación con ella. Por ejemplo, se

<sup>2</sup> Este concepto sobre la función de la amnesia me fue sugerido por primera vez por Montalvo en una comunicación personal, y aparece expresado en una videocinta de una sesión de terapia («Constructing a Workable Reality») editada por el mismo Montalvo.

\* *Child guidance movement*; véase el «Prefacio». [N. de la T.]

dijo que ella era inútil e incompetente y que el niño estaba adaptándose a esa conducta; se explicó hipotéticamente el comportamiento de la madre como una reacción ante las experiencias del pasado y, en parte, ante el niño.

Después se descubrió al padre, sugiriéndose que la conducta de la madre se explicaba por su relación con él. Si ella era una madre competente el padre se apartaba de la familia, pero si se mostraba inútil e incompetente él se preocupaba por la familia. También se planteó la hipótesis de que la ineficacia de la madre en la crianza del hijo era una manera de sostener al padre en sus momentos de tensión y depresión: si ella era impotente, él recuperaría el ánimo para ayudarla con el niño.

Finalmente, comenzó a reconocerse la presencia de un sistema en el que todos los participantes se conducían de una manera determinada para mantener la continuidad de la secuencia. El estado de ánimo del padre era un producto de su relación con la madre y el niño, cuyos comportamientos debíanse a su vez a secuencias establecidas con él y entre sí.

Para aclarar más la noción de secuencia, veamos la descripción sencilla de un ciclo repetitivo; la secuencia está simplificada hasta el absurdo, reduciéndola a tres personas (padre, madre e hijo), cada una de las cuales es capaz de manifestar dos «estados»: competencia o incompetencia (en el caso del niño puede hablarse de buena o mala conducta). Como la secuencia se repite cíclicamente, hay una serie de pasos sucesivos que desembocan en un retorno al primero. La descripción puede iniciarse en cualquier punto del círculo.

**Paso 1: Padre incompetente.** El padre se comporta de un modo perturbado o deprimido, no desempeñándose de acuerdo con su capacidad.

**Paso 2: Niño con mala conducta.** El niño empieza a quedar fuera de control o a acusar síntomas.

**Paso 3: Madre incompetente.** La madre trata ineficazmente de manejar al niño, fracasa e interviene el padre.

**Paso 4: Padre competente.** El padre trata al niño con eficacia y se recupera de su estado de incompetencia.

**Paso 5: Niño con buena conducta.** El niño recobra su postura y se porta bien, o se lo define como un niño normal.

**Paso 6: Madre competente.** La madre se vuelve más capaz y se maneja de una manera más competente con el niño y el padre, esperando más de ellos.

**Paso 1: Padre incompetente.** El padre se comporta de un modo perturbado o deprimido, no desempeñándose de acuerdo con su capacidad, y recomienza el ciclo.

La tarea terapéutica consiste en cambiar la secuencia interviniendo en forma tal que imposibilite su continuación. Nada se logra con hacer que los miembros de la familia «tomen conciencia» de ella señalándosela: así no se cambia la secuencia y el método puede despertar resistencia, lo cual derivará en un fracaso. Asimismo, parecería que cambiar *uno* cualesquiera de los pasos, o el comportamiento de uno cualquiera de los tres individuos, no suele bastar para provocar un cambio en la secuencia. Deben modificarse por lo menos dos conductas. También se supone que al cambiar el niño surgirá un conflicto entre los padres; esto ocurre a menudo, pero no siempre, y se considera una de las etapas de la terapia.

Una interpretación de esta clase de secuencia es ver en ella un ejemplo de jerarquía con funcionamiento defectuoso. Los progenitores no se relacionan entre sí como pares en un rol ejecutivo; sus dificultades recíprocas, incluyendo los modos en que se protegen el uno al otro, les impiden definir una jerarquía clara dentro de la familia. A medida que el terapeuta los alienta a regir conjuntamente al niño, van aflorando las cuestiones existentes entre ellos que impiden su acción conjunta. También parece evidente que si el terapeuta se alía con el niño contra los padres tratando de «rescatarlo», con eso no cambiará la secuencia y hará aún menos nítida la jerarquía.

#### *Un comentario sobre la normalidad*

Estas descripciones de interacción humana se ofrecen a título de interpretaciones para fines terapéuticos y no como un modelo de cómo *deberían* ser las familias normales. Al examinar el contexto de un síntoma, un clínico puede advertir una confusión de niveles jerárquicos en la familia, pero esto no significa que para criar niños normales sea preciso tener niveles jerárquicos nítidos. Puede darse el caso de que no sea así. Allí donde hay un niño problema es posible describir una determinada organización familiar, pero es un error deducir de esa descripción cómo deben criarse los niños normales. He observado a más de doscientas familias normales o comunes, en medios de investigación, y las pautas halladas son tan diversas que sería ingenuo hablar de una familia «normal». El método de crianza adecuada del niño que debería aplicar una familia normal continúa siendo un misterio en espera de estudios de observación longitudinales con vastos muestreos. Otra cosa distinta es cómo reflexionar sobre

la organización de una familia cuando se programa la terapia. Como analogía, digamos que si un niño se quiebra una pierna puede reducirse la fractura y enyesar la pierna, pero no cabe inferir de esta terapia que el método para lograr el desarrollo normal de las piernas de los niños consista en enyesarlas. No hay sinonimia entre una descripción clínica utilizada para programar un cambio y una descripción de situaciones ordinarias con fines de investigación.

### *El funcionamiento defectuoso y la familia*

Un terapeuta debe ser capaz de pensar en función de por lo menos tres pasos de secuencia y tres niveles de jerarquía. Una vez que ha coordinado secuencia y jerarquía está en situación de idear estrategias para producir el cambio de manera racional y no por mera intuición. Su objetivo más simple es cambiar una secuencia impidiendo que se formen coaliciones a través de los límites generacionales. Cuando modifica una secuencia en la que el padre se alía firmemente con el hijo contra la madre, hace que la familia comience a funcionar de manera diferente y que los individuos que la integran abandonen su angustia subjetiva. Aunque es posible explicar el objetivo con palabras tan sencillas como estas, alcanzarlo exige ingenio, habilidad y pericia.

Tres niveles jerárquicos no parecen muchos cuando se trata de descubrir la complejidad de la vida humana, pero aun este número crea permutaciones suficientes para convertirse en algo abrumador. Por ejemplo, si tomamos una unidad triangular (padre, madre e hijo, o suegra, marido y esposa) podemos calcular cuántos triángulos hay en una familia común pensando en función de tres niveles jerárquicos. En una familia compuesta por los progenitores, dos hijos y cuatro abuelos sólo hay ocho personas, pero en cuanto a unidades triangulares tenemos 56 triángulos... y esto sin contar a los tíos, tías, vecinos, empleadores o terapeutas; cada integrante participa en 21 triángulos familiares, y cada uno de los 21 triángulos entre progenitores e hijos lleva implícita la posibilidad de una coalición trasgeneracional, y, por ende, una estructura de funcionamiento defectuoso.

Resumiendo el concepto de jerarquía ofrecido aquí, la organización con funcionamiento defectuoso considerada en su carácter de unidad triangular de tres niveles presenta ciertas particularidades, según veremos.

Primera: Los tres individuos que reaccionan entre sí no son pares sino que pertenecen a tres generaciones diferentes, en-

tendiéndose por *generación* un orden distinto dentro de la jerarquía de poder (p. ej., padre e hijo, o gerente y empleado).

Segunda: El miembro de una generación forma una coalición trasgeneracional. En un conflicto bigeneracional, una persona se une a otra contra el par de esta; en uno trigeneracional, la persona que ocupa el nivel superior se coliga con la del nivel inferior contra la que ocupa el nivel medio. Se entiende por *coalición* un proceso de acción conjunta *contra* un tercero (a diferencia de la «alianza», en la que dos personas comparten un interés del que no participa el tercer individuo).

Tercera: El problema es más grave cuando se niega u oculta la coalición trasgeneracional.

Dentro de este esquema cabe subrayar que el funcionamiento defectuoso de una organización no obedece a las coaliciones trasgeneracionales, sino a la reiteración de estas como parte del sistema. A veces una mujer debe «salvar» a su hijo enfrentando al esposo, pero cuando este acto se transforma en un modo de vida se trastorna la organización familiar.

### **Conflictos trigeneracionales**

El terapeuta debe tener presente que su «mapa» mental nunca será idéntico al «territorio» que le ofrece cada caso nuevo, ya que los clientes no presentarán sus problemas del modo contextual adecuado. Una mujer puede acudir al consultorio quejándose de que su hija es una irresponsable, que bebe y deja solo al niño por las noches. O bien puede aparecer una madre con su hijo varón de doce años al que acusa de robarle cosas, hecho que las inquieta a ella y a la abuela del niño, que vive a la vuelta de la esquina; a un «terapeuta no contextual» el niño podría parecerle hosco y mísero, una criatura con una pobre imagen de sí misma y que se siente falta de cariño. Cuando un terapeuta observa el trabajo de sus colegas o reside en una institución de internación, nota a veces que un paciente se conduce de manera estrepitosa y «sobreactúa»; el equipo profesional decide, quizá, que el paciente está «dramatizando» un conflicto interno y lo coloca en un grupo para que se exprese, y tal vez discute su caso tildándolo de consentido, rebelde, regresivo, etc.

Estos problemas presentados deben examinarse en función de la jerarquía y secuencia vigentes que hacen que los individuos se comporten así. En las siguientes secuencias pueden apreciarse todos los ejemplos antedichos de problemas.

Una de las secuencias problema más comunes es la trigeneracional, en cuya situación clásica intervienen la abuela, la madre y el niño problema. Es la situación típica de la familia pobre donde falta uno de los progenitores, y de la familia de clase media en que la mujer se ha divorciado y ha vuelto a vivir con su madre. En el ejemplo clásico tiende a definirse a la abuela como dominante, a la madre como irresponsable y al niño como presentando un problema de conducta.<sup>3</sup> La secuencia típica se desarrolla así:

1. La abuela se hace cargo del nieto protestando porque la madre es una irresponsable y no atiende al niño como debiera. De este modo, la abuela se une al nieto contra la madre en una coalición trasgeneracional.
2. La madre se retira, dejando que la abuela cuide del niño.
3. El niño se porta mal o manifiesta una conducta sintomática.
4. La abuela protesta diciendo que no debería tener que cuidar y disciplinar al niño, que ella ya ha criado a sus hijos y que la madre debería criar al suyo.
5. La madre comienza a hacerse cargo de su hijo.
6. La abuela protesta diciendo que la madre es una irresponsable que no sabe criar correctamente al niño; se hace cargo de él para «salvarlo» de la madre.
7. La madre se retira, dejando que la abuela cuide del niño.
8. El niño se porta mal o manifiesta una conducta sintomática.

En cierto momento la abuela protesta diciendo que la madre debería hacerse cargo de su propio hijo, y el ciclo continúa indefinidamente. Por supuesto, también hay mala conducta o angustia por parte del niño en grado suficiente como para provocar a los adultos a continuar el ciclo.

Cuando pensamos en las líneas generacionales como líneas jerárquicas de poder, resulta evidente que el clásico conflicto trigeneracional puede producirse con un experto que sustituya a la abuela. En la terapia infantil prolongada la secuencia es como sigue:

<sup>3</sup> «En este tipo de familia, la autoridad ejecutiva recae en la abuela, en tanto que la madre y los nietos funcionan como un subgrupo vagamente diferenciado». Véase S. Minuchin y otros, *Families of the Slums*, Nueva York: Basic Books, 1967, pág. 364. Los autores señalan asimismo que, en algunos casos, abuela y madre pueden disputar a tal punto que sencillamente desatienden al niño.

1. El terapeuta se ocupa del niño perturbado; esto implica que la madre no lo ha criado correctamente, razón por la cual el experto debe hacerse cargo del niño y liberarlo de sus conflictos internos. Al ser un experto el terapeuta ocupa una posición jerárquica superior a la de la madre, y al tratar de salvar al niño de ella está coligándose con él contra la madre pasando por sobre los límites generacionales.

2. La madre se retira, dejando que el experto se haga responsable de los problemas de su hijo y sintiéndose fracasada como madre, ya que de lo contrario esta intervención no habría sido necesaria.

3. El terapeuta tiene dificultades con el niño y también comprende que no puede hacerse cargo de él, de modo que protesta alegando que la madre debería atenderlo y cuidarlo como corresponde.

4. La madre empieza a ocuparse más de su hijo.

5. El terapeuta protesta diciendo que la madre no trata correctamente al niño; se inmiscuye más e insiste en que debe salvarse al niño de la madre.

6. La madre se retira, dejando que el terapeuta se ocupe de los problemas de su hijo.<sup>4</sup>

La secuencia continúa hasta que el niño llega a la adolescencia y es promovido al consultorio de un terapeuta de adolescentes.

Los clínicos pueden tropezar también con esta clase de conflicto trigeneracional en relación con colegas. Típicamente, los clínicos en formación tienen un supervisor por encima de ellos y un paciente por debajo en la jerarquía. Lo mismo ocurre, en la estructura de clases de una institución cualquiera, con los clínicos graduados; por ejemplo, un psiquiatra supervisa a un terapeuta que integra el plantel de la institución y tiene pacientes a su cargo. La secuencia típica es esta:

1. El supervisor discrepa con la manera en que el estudiante (o el terapeuta integrante del plantel) maneja el caso y desea «rescatar» al paciente de entre sus manos. A veces este ha acudido al supervisor con una queja, iniciando la secuencia, y otras el problema sale a relucir simplemente en una discusión entre supervisor y estudiante. A medida que insiste en que se trate el caso de determinada manera, discrepando con el estudiante, el supervisor va formando una coalición trigeneracional con el paciente en contra de aquel.

<sup>4</sup> B. Montalvo y J. Haley, «In Defense of Child Therapy», *Family Process*, n° 12, 1973, págs. 227-44.

2. El estudiante se retira, ya sea dejando que el supervisor maneje el caso o pidiéndole demasiada ayuda.
3. El paciente se comporta mal o plantea una exigencia extrema.
4. El supervisor protesta diciendo que no puede tratar todos los casos de la clínica, que el estudiante debería actuar con más autonomía y responsabilizarse por sus propios pacientes.
5. El estudiante comienza entonces a tratar a los pacientes a su manera.
6. El supervisor protesta porque el estudiante no trata correctamente al paciente y se hace cargo de él, insistiendo en que debe «rescatarlo» de entre sus manos.

La secuencia continúa y el paciente ingresa al fichero de casos crónicos de una clínica. También es un ejemplo típico de los conflictos entre los profesionales de un hospital para enfermos mentales.

### *El niño en función parental*

En algunas familias, sobre todo en aquellas que tienen un solo progenitor y muchos niños, hay una tercera generación que no está claramente definida como tal. Están la madre y sus hijos, pero en un nivel intermedio aparece un hijo o hija mayor que actúa en función parental con los más pequeños. No pertenece a la generación adulta, puesto que es un niño, y sin embargo desempeña un rol de adulto al encargarse de sus hermanos menores.<sup>5</sup>

Este niño en función parental suele ocupar una posición bastante difícil porque es responsable de los más pequeños sin tener el poder para gobernarlos; está entre dos fuegos: los niños que se portan mal y la madre que insiste en hacerlo responsable de ellos pero sin delegar en él sus plenos poderes ni darle autonomía suficiente como para manejar la situación. Típicamente, cuando pasa algo la madre apoya a los pequeños contra el mayor. La secuencia se asemeja mucho a la del conflicto entre abuela, madre y nieto, con diferentes personajes.

En una entrevista de la familia se detecta una situación así cuando hay un niño mayor que habla en nombre de los más

<sup>5</sup> La idea del niño en función parental se describe en S. Minuchin y otros, *op. cit.* Una de las mejores presentaciones de este concepto y de un enfoque terapéutico sobre él es la ofrecida en el filme didáctico de terapia «A Family with a Little Fire», de Braulio Montalvo.

pequeños, protegiéndolos y abocándose a menudo a cuestiones bastante graves sin comunicárselo a la madre.

En las organizaciones clínicas, esta jerarquía es evidente dondequiera actúan paraprofesionales. Por lo común, la jerarquía comprende un profesional responsable, un paraprofesional, que es quien se encarga realmente de las cosas, y la clientela. El paraprofesional no ocupa en verdad el mismo nivel que los miembros del plantel, y sin embargo es quien trabaja con los clientes, recibiendo los reproches del profesional cuando surgen inconvenientes. Es frecuente que haya secretos entre el cliente y el paraprofesional, así como los hay entre los hermanos menores y el niño en función parental. Esta jerarquía es también típica de los hospitales de salud mental, donde los ayudantes o asistentes actúan como los niños en rol parental, puesto que ni integran el plantel profesional ni están en el mismo nivel que los pacientes; como tienen la responsabilidad pero no el poder, deben tratar muchas cuestiones secretamente con los pacientes, incluyendo las referentes a la disciplina.

### **Conflictos bigeneracionales**

Diferenciar las estructuras unigeneracionales de las bigeneracionales o trigeneracionales es una arbitrariedad, ya que en todas las situaciones hay varias generaciones involucradas. Empero, por razones prácticas, puede que convenga enfocar un conjunto de niveles y no otro.

Hay dos pautas típicas que aparecen como conflictos bigeneracionales.

#### *La madre agobiada*

En algunas familias con muchos hijos la madre se ocupa de todos y cada uno de ellos, sin que haya jerarquía entre los niños. Cada niño se maneja con sus hermanos a través de la madre; cual cubo de una rueda, ella es el centro de cuanto sucede. Una madre así parece agobiada por las constantes demandas de los niños. Esta estructura sale a luz cuando el terapeuta les pide a los niños que hagan algo (p. ej., que dibujen algo en el pizarrón) mientras conversa con la madre; los niños interrumpirán constantemente para interrogar a la madre, mostrarle lo que han hecho, pedirle que dirima una disputa, etc., y la consultarán antes de hacer nada. Es la

estructura típica de las organizaciones donde un administrador no puede delegar autoridad y sigue siendo responsable de todos sus subordinados.

### *Oposición entre los progenitores*

El conflicto bigeneracional más clásico se produce cuando un progenitor se coliga con el niño contra el otro progenitor. El «niño» puede tener dos años o cuarenta, pues no es una cuestión de edad sino de organización. Una mujer deprimida con varios hijos puede seguir actuando como una niña en relación con sus padres. La secuencia también puede darse entre progenitores separados que aún se disputan el niño. Veamos cuál es la secuencia típica en esta situación.

1. Uno de los progenitores, por lo común la madre, mantiene una intensa relación con el niño, entendiéndose por tal una relación que es a la vez positiva y negativa y donde las reacciones de cada individuo asumen exagerada importancia. La madre intenta tratar al niño con una mezcla de afecto y exasperación.
2. Se acentúa la conducta sintomática del niño.
3. La madre, o el niño, recurre al padre para que le ayude a resolver su dificultad.
4. El padre interviene para hacerse cargo del niño y ocuparse de él.
5. La madre reacciona contra el padre insistiendo en que no maneja adecuadamente la situación. La reacción puede consistir en un ataque o una amenaza de romper las relaciones conyugales; la amenaza de abandonarlo puede ser muy indirecta («Quiero unas vacaciones para mí sola») o muy directa («Quiero el divorcio»).
6. El padre se retira, desistiendo del intento de desenganchar a la madre y el niño.
7. Madre e hijo se tratan mutuamente con una mezcla de afecto y exasperación hasta llegar a un impase.

La secuencia puede continuar indefinidamente, cruzando la madre o el padre las líneas generacionales para coligarse con el niño contra el otro progenitor. La situación también puede describirse como una involuación intensa entre un adulto y un niño, que incluye y excluye al otro adulto en un vaivén regular.

El hecho de que el cambio en el niño vaya seguido de una creciente escisión entre los padres, o aun de una amenaza de

separación y divorcio, ha conducido a la siguiente teoría sobre la familia: un niño con síntomas siempre está manteniendo la unión de un matrimonio problema. Mejor sería pensar en función de la secuencia: la amenaza de separación sobreviene en cierto punto de una secuencia que incluye un cambio en el niño.

A medida que persiste una secuencia de esta clase, la atención centrada en el niño se convierte en una forma de tratar las cuestiones que surgen dentro del matrimonio. En tal sentido, parece justificado decir que los síntomas del niño desempeñan una función en el matrimonio. Muchos problemas conyugales imposibles de encarar abiertamente pueden comunicarse en función del niño, y por ende a través de él; el niño pasa a ser el medio de comunicación, estabilizando así al matrimonio. Por ejemplo, cuando la madre comenta que el niño ha amenazado que huiría del hogar, puede estar amenazando indirectamente a su esposo con abandonarlo. Discutiendo sobre el niño, la pareja puede encarar la cuestión conyugal sin plantearla explícitamente y, por consiguiente, sin tomar decisiones irreversibles.

La manifestación más clara de la secuencia entre progenitores se da en las familias donde hay un padrastro o madrastra. Supongamos que una mujer separada con varios hijos se casa, en parte para tener un hombre que la ayude a criar a los niños. Cuando el flamante esposo comienza a disciplinar a los niños o tal vez a demostrarles cariño, la madre puede reaccionar contra él aduciendo que realmente no los comprende y hasta insinuando que el casamiento fue un error. Deseoso de no trastornar su matrimonio, el marido se hará a un lado; los niños se «pondrán difíciles» y la madre no logrará resolver la cuestión, por lo que recurrirá de nuevo a su esposo y se repetirá la secuencia. Esta situación puede prolongarse muchos años, ya que es independiente del tiempo.

### *El conflicto dentro de un establecimiento asistencial*

La situación antes descrita es típica en los conflictos entre el personal superior de instituciones y hospitales de salud mental, planteándose cada vez que un terapeuta trata a un paciente que está a cargo de un colega responsable de muchos otros internados. La secuencia clásica es la siguiente:

1. Existe una relación «intensa» (mezcla de afecto y exasperación) entre un terapeuta y un paciente internado.
2. En cierto momento el paciente se conduce mal o hace un

requerimiento especial, como ser un privilegio o la exención disciplinaria por algún mal comportamiento.

3. El médico a cargo de la sala o pabellón insiste en tratar al paciente como uno más, aduciendo que no merece ningún privilegio e intentando persuadir al terapeuta de que este trato es el mejor.

4. El terapeuta reacciona contra el médico jefe diciendo que en realidad no comprende a ese paciente.

5. El médico jefe se retira, desistiendo de interponerse entre terapeuta y paciente.

6. Terapeuta y paciente continúan su relación intensa, coligándose aquel con este contra el médico jefe para tratar de «salvarlo» de su incompreensión.

Esta y otras situaciones semejantes son inevitables dentro de la organización de los hospitales de salud mental; la pauta explica, quizá, por qué tantos pacientes y doctores se convierten en miembros crónicos de dichas instituciones.

### Variantes

Aquí hemos simplificado las maravillosas complejidades de la vida humana reduciéndolas a tres generaciones y una breve secuencia, lo cual es algo así como describir a un ser humano como un esqueleto descarnado. Además, hemos presentado estas secuencias como si acaecieran de manera independiente. Sin embargo, en una familia con dos progenitores puede ocurrir que madre y abuela disputen por el niño en tanto que el padre se mantiene fuera de la secuencia. También puede haber una situación en la que los abuelos traspasen los límites generacionales, los padres estén en conflicto sobre un hijo y un niño en rol parental «salve» a este de sus padres; este caso se denomina a veces *familia psicótica*. Probablemente sea cierto que la perturbación de un individuo aumenta en razón directa al número de jerarquías de funcionamiento defectuoso en las que está inserto.

### El dilema terapéutico

El objeto de cualquier descripción clínica es guiar al terapeuta en sus interpretaciones con respecto a qué podría generar o no el cambio. Insistimos en que hemos simplificado sobremanera las secuencias, pero aun así es posible pensar de

qué modo puede inducirse el cambio. Aquello que *no* lo induciría parece evidente. Si alguien se ve atrapado en una secuencia de este tipo, no es probable que provoque el cambio manifestando sus emociones.<sup>6</sup> Tampoco es probable que sobrevenga el cambio si alguien descubre el «porqué» de su conducta mediante alguna explicación referente a su pasado; desde este punto de vista, ese individuo se conduce como lo hace por la manera en que se conducen otras personas, y no porque haya sido moldeado por su pasado. Ya sea en términos de catarsis o de intelección de su inconciente, la teoría de la represión es un impedimento para quien piense en cómo cambiar las secuencias.

Es una idea tentadora creer que una persona puede cambiar con sólo «descubrir» que es parte integrante de una secuencia —que si una madre pudiese tan sólo «aprender» que está incluyendo y excluyendo regularmente a su esposo de la crianza del hijo sería capaz de detener esa secuencia—. Sin embargo, la evidencia indica que ese aprendizaje o descubrimiento no suele llevar al cambio, sino que se convierte más bien en una razón para continuar la secuencia. Cuando se le ofrece este *insight*, la madre puede «descubrir» que el terapeuta es igual que su marido y no comprende realmente a su hijo «especial», excluyéndolo tal como lo hace con su esposo sólo para recurrir de nuevo a él cuando tiene dificultades con el niño. El terapeuta puede desarrollar una teoría de la resistencia para explicar por qué su enfoque intelectual no produce ningún cambio.

Si ni la exteriorización de las emociones ni el *insight* producen el cambio, ¿qué lo produce? Esta nueva interpretación del dilema terapéutico tiene por guías unas pocas ideas generales. La primera y principal es que el cambio ocurre por obra del terapeuta que se pliega al sistema vigente y lo modifica por medio de su participación interna. Enfrentado

<sup>6</sup> Si alguien manifiesta sus emociones de un modo diferente, ello significa que se está comunicando de una manera diferente, con lo cual provoca una comunicación de tipo diferente en quien le responda; este cambio, a su vez, exige que se le replique de manera nuevamente diferente. Cuando esto ocurre, el cambio en la secuencia de comunicación hace que se modifique el sistema, pero esto nada tiene que ver con la manifestación o liberación de emociones en el sentido de catarsis. Si un hombre se ruboriza y calla cada vez que su esposa lo critica, el terapeuta puede hacer que exprese su ira verbalmente en vez de ruborizarse; si lo hace, la esposa debe responder de manera diferente y se genera un nuevo sistema. El procedimiento que cuenta con menos probabilidades de hacer que una emoción se manifieste es preguntarle al cliente cómo se siente con respecto a algo, porque lo simulará en palabras; es mejor encolerizarlo más (tal vez compadeciéndolo) para cambiar su manera de comunicarse.

a un sistema homostático y gobernado, mantenido por la reiteración de secuencias de conducta, el terapeuta cambia estas secuencias modificando los modos de reaccionar de los individuos entre sí valiéndose de las maneras en que deben reaccionar frente a él.

En el nivel más general, el terapeuta no debe coligarse en forma permanente con ningún miembro de la familia contra otro miembro, pero esto no implica la prohibición de hacerlo temporariamente, ya que esta es en realidad la única forma de inducir el cambio. Si se limita a «pesar» con equidad en las coaliciones mantendrá la secuencia tal como era; del mismo modo, si sólo se coliga con una persona contra otra, puede mantener el sistema tal como estaba, al tornarse parte integrante del conflicto estancado. La tarea es más compleja: deberá unirse temporariamente en diversas coaliciones pero sin apoyar, en última instancia, a nadie contra nadie.

En los casos de familias donde uno de los integrantes sufre graves perturbaciones, el terapeuta debe formar múltiples coaliciones simultáneas. Por ejemplo, debe respaldar a los padres en su función ejecutiva respecto de un joven perturbado, al par que apoyará a este con miras a su objetivo final de ayudarlo a superar esa situación perturbadora. La habilidad que otorga la experiencia le permitirá deslizarse entre coaliciones mostrándose ora firme, ora parcialmente implicado, mientras conserva la libertad necesaria para entrar en cualquier coalición que resulte apropiada en cualquier momento dado.

A veces también es preciso provocar una crisis coligándose con una sola persona por un lapso aparentemente indeterminado. Ante un matrimonio en que los cónyuges son estables y desdichados, el terapeuta puede inducir la inestabilidad apoyando a uno u otro y diciendo que esa persona tiene toda la razón; esta coalición firme y temporaria puede balancearse posteriormente coligándose con el otro cónyuge, pero esto no quita que en cualquier momento pueda parecer permanente.

El método más típico para mantener el equilibrio dentro de diferentes coaliciones temporarias es proceder en etapas. La primera consiste en determinar el tipo de secuencia que está manteniendo al problema presentado. La segunda es fijar un objetivo específico. Si la abuela se coliga con el nieto contra la madre, el objetivo será lograr que la madre se encargue del niño y que la abuela asuma un rol de asesoramiento de aquella. Si uno de los progenitores está ligado en demasía al hijo contra el otro progenitor, el obje-

tivo es hacer que los padres se relacionen entre sí y que el niño se interese más por vincularse a sus pares que a sus progenitores. En todos los casos el objetivo es trazar un límite generacional e impedir la formación de coaliciones consistentes a través de él. Al establecer coaliciones desde su posición superior de experto, el terapeuta impide que la familia las establezca por encima de los límites generacionales. La tercera etapa encierra una idea nueva: es improbable, si no imposible, que un sistema pueda «normalizarse» de una sola vez; el cambio debe ocurrir en etapas y la primera debe ser crear una forma de anormalidad diferente.

La idea de que la terapia tiene sus etapas es relativamente nueva. Joseph Wolpe fue posiblemente el primer clínico que introdujo las etapas de manera sistemática, con su técnica de inhibición recíproca.<sup>7</sup> Murray Bowen figura también entre los primeros programadores de etapas. En una comunicación personal, Bowen explica que en un tiempo comenzaba la terapia de la familia entrevistando individualmente a uno de sus integrantes y pidiéndole que adoptara una posición, respecto de su familia, que siempre hubiese deseado adoptar sin haberlo logrado nunca. La nueva actitud de esa persona desencadenaba las etapas: primero la familia la atacaba por desleal, después la amenazaba con el divorcio o la expulsión, y si el individuo se mantenía en sus trece la tercera etapa era una entrevista colectiva de la familia en el consultorio de Bowen.

Aunque por lo común no se han elaborado etapas específicas para la mayoría de los métodos de terapia, diversos enfoques suponen que la índole del proceso terapéutico imposibilita el paso *directo* del problema que lo inicia a la cura que lo concluye. Este proceso adopta diferentes formas. Hay una clase de situaciones terapéuticas en las que es preciso redefinir el problema presentado formulándolo como otro problema antes de solucionarlo, debido a que el tipo de anormalidad existente ha sido redefinido con características distintas; a veces este cambio ocurre de manera rutinaria como parte de las negociaciones iniciales tendientes a seleccionar un problema resoluble, pero otras sobreviene más adelante.

Por ejemplo, un caso de «enfermedad mental» puede redefinirse como un caso de mala conducta. Tal vez se le solicite a la familia de un psicótico que lo meta en la cárcel, en vez de internarlo en un hospital de salud mental. «Loco» y «malo» no deben confundirse como conceptos pertene-

<sup>7</sup> Véase J. Wolpe, *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1958.

cientes a una misma categoría si el terapeuta piensa pasar del uno al otro. De igual modo, a veces puede resolverse una conducta criminal redefiniéndola como un problema de «enfermedad». (Este enfoque nada tiene que ver con la cuestión filosófica de si los locos son malos o los criminales son enfermos mentales; es una táctica terapéutica.)

En un aspecto más secundario, no es raro que un clínico defina el problema psiquiátrico o médico de un niño o adulto como un problema de mala conducta. Los accesos de angustia pueden redefinirse como ardidés manipulativos, o sea como mala conducta; en el caso de una niña que se deje morir de inanición, su ayuno puede redefinirse como una forma de «no hacer caso», con lo cual el problema se trasfiere de una niña enferma a los progenitores que deberían unir sus fuerzas para lograr que haga caso.<sup>8</sup>

En todas las formas de terapia ha habido una tendencia a creer que cuanto dice el paciente debe redefinirse como un problema diferente. El paciente demasiado emotivo necesita más cognición y el excesivamente intelectual requiere más emoción; el que se concentra en los detalles necesita generalizar y el que se empeña en generalizar debe ser más concreto; si habla de su «mala conducta» habrá que redefinirla como algo que no puede evitar, o sea como una «enfermedad»; si es un «enfermo» psiquiátrico necesitará asumir la responsabilidad de sus actos, por lo que su «enfermedad» se redefinirá como «mal comportamiento».

Siempre que el terapeuta prescriba un síntoma, ofreciendo así una directiva paradójica, estará requiriendo una situación anormal diferente mediante la exageración de la situación anormal presentada. Este enfoque se aprecia con máxima claridad en la técnica de «desbordamiento»: cuando a alguien que teme a las sabandijas se le obliga a imaginar que miles de ellas están hormigueando por todas partes, una situación anormal se convierte en su propia parodia, y por ende en una nueva situación. En casi todas las terapias conductuales el problema presentado se redefine como otro diferente. Algunos terapeutas conductuales traducen el problema presentado en términos de cómputo de la frecuencia con que se manifiesta determinado comportamiento, resolviendo luego esta nueva definición de la anormalidad. Wolpe transforma un problema presentado en una lista de situaciones angustiantes para cuya curación puede establecer un procedimiento.

<sup>8</sup> S. Minuchin, «The Use of an Ecological Framework in Child Psychiatry», en J. E. Anthony y C. Koupernick, eds., *The Child in His Family*, Nueva York: Wiley, 1970.

Si volvemos al esquema de sistemas patológicos aquí esbozado, resulta evidente que una de las maneras de planear una estrategia y las etapas de la terapia es pensando cómo pasar del sistema presentado a otro diferente y anormal, que puede ser el problema presentado por otra familia. Los siguientes ejemplos servirán para exponer esta idea (se hallarán otros en el capítulo 5).

En el caso de una madre que ocupa una posición excesivamente central con relación a sus hijos, de modo que no hay jerarquía en la familia y todos los niños funcionan a través de ella como si fuera el cubo de una rueda, tal vez convenga crear un sistema en el que un hijo mayor releve a la madre haciéndose cargo de sus hermanos. En esencia, este cambio crea una jerarquía con un niño en rol parental, nuevo estado anormal del que será posible pasar a una jerarquía familiar más razonable en la que todos los niños puedan participar con diferentes responsabilidades.

A la inversa, si el sistema de una familia está fundado en la existencia de un niño en rol parental, una posible alternativa es convertir a la madre en personaje demasiado central como primera etapa de la terapia. Este cambio libera al niño en función parental, pudiéndose pasar de esta nueva jerarquía anormal a otra más normal.

Si la secuencia involucra a una abuela que se coliga con su nieto contra la madre en forma trasgeneracional, puede seguirse el procedimiento sugerido en el capítulo 5, que pone al niño bajo la responsabilidad total de la abuela.\* Luego podrá pasarse de esta etapa a otra igualmente anormal en que toda la responsabilidad recaerá en la madre, prohibiéndosele absolutamente a la abuela disciplinar al niño, y por último pasar a un estado más normal.

Si madre e hijo mantienen una relación intensa en demasía con un padre periférico, la primera etapa puede consistir en darle al padre el control absoluto del niño excluyendo a la madre, sistema anormal del que es posible pasar a otro más normal. También podría darse un rol parental a un hermano mayor para desligar a la madre del niño, introduciendo así como primera etapa un sistema con un niño en función parental, o bien hacer intervenir a la abuela creando la respectiva jerarquía.

En suma, una de las razones por las que han fracasado algunas terapias es que suponen que es posible pasar directamente de un estado anormal a otro normal. Es más eficaz pensar en términos de etapas entre anormalidad y norma-

\* Véase «La abuela intrusiva», págs. 120-21. [N. de la T.]

lidad; así, al enfrentarnos a un sistema con funcionamiento defectuoso podemos reflexionar sobre el modo de trasformarlo en otro sistema defectuoso que, a su vez, pueda dar paso a uno normal.

### Secuencia y jerarquía

La teoría y la jerarquía de los sistemas convergen en las maneras en que las secuencias respectivas definen las jerarquías. Estas son determinadas por el comportamiento de las personas involucradas; en tanto la conducta sea repetitiva y redundante, estaremos ante un sistema gobernado activado por el error (en otras palabras, la desviación activa un proceso rector). Si la persona se desvía de la conducta repetitiva, definiendo así una jerarquía distinta, los demás reaccionan contra esa desviación y vuelven a modelar la conducta dentro de la pauta habitual.

El comportamiento patológico surge cuando la secuencia reiterada define simultáneamente dos jerarquías opuestas, o cuando la jerarquía es inestable porque la conducta indica ora una conformación, ora otra (p. ej., la jerarquía se desdibuja si los progenitores en un momento toman por su cuenta al niño y en otro lo aceptan como la autoridad de la familia).

Aquí podemos trazar un paralelo entre niveles de comunicación y niveles de jerarquía. El concepto de la «doble ligadura» derivó de las paradojas generadas por mensajes conflictivos y pertenecientes a múltiples niveles.<sup>9</sup> Para un terapeuta, pedirle a alguien que lo desobedezca o que se conduzca de manera espontánea es producir una paradoja, puesto que esa persona no puede conducirse espontáneamente si le han *mandado* que proceda así.<sup>10</sup> En la descripción organizativa que aquí ofrecemos, el mismo principio se aplica a una unidad mayor. Si una persona ordena a otra que desobedezca, está definiendo la jerarquía de dos maneras incompatibles: quien recibe la orden es jerárquicamente inferior puesto que le están diciendo qué debe hacer, pero también es jerárquicamente igual o superior puesto que se espera que desobedezca o actúe de un modo espontáneo. Al

<sup>9</sup> G. Bateson, D. D. Jackson, J. Haley y J. Weakland, «Toward a Theory of Schizophrenia», *Behavioral Science*, n° 1, 1956, págs. 251-64.

<sup>10</sup> J. Haley, *Strategies of Psychotherapy*, Nueva York: Grune & Stratton, 1963.

transmitir mensajes paradójicos se ofrecen a un tiempo dos definiciones incompatibles de la jerarquía. Así como nadie puede *no* comunicarse con los demás —hasta tratar de eludir a alguien es una comunicación—,<sup>11</sup> tampoco puede dejar de lado el problema de la posición jerárquica que ocupa respecto de su interlocutor. Cuando un terapeuta indica que no es superior a un paciente conduciéndose «humanamente» con él y aun preguntándole qué se podría hacer, al par que acepta de él un pago como experto, está ofreciendo posiciones jerárquicas incompatibles: él es un experto rentado y por ende superior en jerarquía, puesto que el paciente le paga por su ayuda, y al mismo tiempo le está pidiendo consejo a este sobre cómo proceder. Es muy posible que la naturaleza del cambio terapéutico se centre en los modos en que se mantienen inestables las cuestiones jerárquicas en la relación terapéutica, ya sea con ambigüedad y vaguedad o definiéndolas en formas variables e incompatibles.

El cambio en la definición de la jerarquía puede acaecer como parte integrante de una secuencia. Cuando una madre le pide a su esposo que la ayude a gobernar al niño, está definiendo una jerarquía en la que dos progenitores ejercen una autoridad conjunta sobre el niño. Cuando el padre responde al pedido ocupándose del hijo, y la madre reacciona acusándolo de no comprenderlo y uniéndose al niño en contra de él, está definiendo otra jerarquía, en la que ella y el niño tienen autoridad sobre la conducta del padre.

La tarea del terapeuta es cambiar la secuencia, modificando así la jerarquía de la familia, y procurar no dejarse atrapar por una secuencia en forma tal que esté perpetuando el mismo problema que se supone debe resolver; las probabilidades de que esto ocurra disminuyen si tienen una idea clara de sus objetivos.

A veces los terapeutas no reflexionan a fondo sobre ciertas consecuencias que puede acarrear el uso de una teoría de sistemas como modelo para la terapia. Si suponemos que una familia es un sistema, debemos aceptar la premisa de que la conducta se repetirá y también la de que los movimientos tendientes al cambio activarán los procesos rectores que han

<sup>11</sup> Debe subrayarse que la mayoría de las ideas sobre comunicación expuestas en este libro derivan, en última instancia, de Gregory Bateson. En el «Prefacio» (*supra*, pág. 1n.) doy cuenta del proyecto de investigación por él dirigido en que me tocó participar. El concepto de que nos es imposible no comunicarnos es anterior a dicho proyecto, ya que fue expuesto por Bateson y Jurgen Ruesch en *Communication, the Social Matrix of Psychiatry*, Nueva York: Norton, 1951. Para una colección de los escritos de Bateson, véase *Steps to an Ecology of Mind*, Nueva York: Ballantine, 1972.

mantenido la estabilidad del sistema. Aceptadas estas premisas, y una vez que se ha iniciado la terapia y el terapeuta ha entrado a formar parte del sistema, debemos suponer que cuando se produzca el cambio él reaccionará para mantener el sistema tal como estaba durante la terapia. Esto es, debemos suponer que el terapeuta, agente del cambio, se resistirá a él una vez que la terapia sea un proceso en marcha. Algunos profesionales están prestos a aceptar la idea de que las instituciones de tratamiento (p. ej., los hospitales de salud mental) se resisten al cambio, pero no reparan en que esta idea también debe aplicarse al terapeuta. En esta perspectiva de la situación terapéutica, el supervisor, más periférico respecto del sistema que el terapeuta, tiene la misión de ayudar a este a superar el cambio y a desengancharse de la familia. (El supervisor también integra el sistema, pero está menos involucrado en los procesos inmediatos de realimentación entre el terapeuta y la familia.) Dicho en otras palabras, la terapia implica cambios de relación entre el terapeuta y su clientela. Si un terapeuta y una familia celebran un contrato de ayuda, convienen con ello en que el primero debe ayudar y la segunda debe recibir la ayuda. Todos los mensajes caen dentro de ese marco y definen la relación de esa manera. Empero, es imposible ayudar a curarse a una persona si la cura lleva implícita la necesidad de procurar que el cliente no requiera más ayuda. Cuanta más ayuda ofrezca el terapeuta, tanto más se ahondará su definición del cliente como alguien que necesita ayuda; y cuanto más ayuda acepte la persona, más definirá la situación como de ayuda. El objeto de la terapia es que terapeuta y cliente alcancen una relación de pares, esto es, que el segundo no necesite más ayuda que el primero. Una vez establecida la relación de ayuda, si cualquiera de las partes actúa para cambiarla, la otra reaccionará para estabilizarla en sus condiciones presentes.<sup>12</sup> No sólo el paciente se resiste a un cambio de relación: también el terapeuta se resiste a él. El arte de la terapia incluye la capacidad de pasar de un tipo de relación a otro sin dejar de integrar un sistema estabilizado. En esta situación, el supervisor puede colaborar valiéndose de diversas técnicas, entre ellas el uso de recesos en la terapia (p. ej., fijar la próxima entrevista para dentro de un mes, en vez de la semana siguiente) y hasta el fomento de recaídas controladas. En un tiempo se creyó que aclarando la comunicación en las familias no sólo se las haría vivir en unión y armonía, sino

<sup>12</sup> J. Haley, *op. cit.*

que también se cambiaría básicamente su estructura, pero dicha aclaración parece producir escaso cambio cuando significa señalar a los miembros de la familia de qué manera se están comunicando. En el extremo opuesto estaban quienes pensaban que el terapeuta debía individualizar a sus diversos integrantes, proveyendo así más autonomía y menos gregarismo. La experiencia ha hecho ver que la autonomía de una persona depende de la conducta de los demás; hasta en su misma definición sólo puede hablarse de autonomía en relación con otros. Por supuesto, hay veces en que el esfuerzo por aclarar la comunicación y el énfasis en el logro de la autonomía pueden quebrar inadvertidamente las secuencias habituales de las familias, produciendo así el cambio. En años recientes se ha hecho simplemente más notorio que el terapeuta puede dedicarse de una manera directa a modificar esas secuencias, con lo cual genera el cambio con mayor rapidez y eficiencia.

La estrategia particular de un terapeuta variará de acuerdo con la familia y el contexto de la terapia; también influirá en ella la etapa de evolución en que se encuentre la familia, que esta cambia con el tiempo.<sup>13</sup> Así como los niños mudan y los padres y abuelos envejecen, también cambian las secuencias y las jerarquías. En el ciclo de vida familiar produce una extraordinaria inversión de la estructura jerárquica: los niños, que estaban al cuidado de sus padres, pasan a ser sus pares cuando adultos y luego cuidarán a sus progenitores ancianos. Ahora se supone que el cambio «espontáneo» guarda relación con los procesos evolutivos de las familias; a veces se atribuye a la terapia un cambio logrado mediante un proceso natural. Sin embargo, suele ocurrir que las familias no evolucionan ni cambian con el tiempo, sino que permanecen anquilosadas en una secuencia problemática; el terapeuta debe intervenir para producir un cambio y no poder depender para ello de un proceso natural.

<sup>13</sup> J. Haley, *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson*, M. D., Nueva York: Norton, 1973.

## 5. Terapia en etapas

La primera obligación del terapeuta es cambiar el problema presentado que le formulan; caso contrario, la terapia fracasará. No debe dejar que otras cuestiones lo distraigan haciéndole olvidar este objetivo primario; por otra parte, al centrar su atención en los síntomas obtiene la palanca y oportunidad máximas para producir el cambio. Lo que más le interesa al cliente es el problema presentado; de ahí que el terapeuta pueda granjearse una gran cooperación cuando se dedica a él. Al señalársele como problema a una persona con síntomas, el terapeuta quizá crea que es preciso que ocurran cambios en el sistema de esa familia antes de que esa persona pueda cambiar, pero no deberá tratar de persuadir a sus integrantes de que el *verdadero* problema está en la familia y no en el individuo, pues tal distingo es artificial y, además, corre el riesgo de no alcanzar sus objetivos si se enzarza en una polémica inútil con la familia sobre la causa del problema, intenta instruirlos en cuanto a la comunicación entre ellos o trata de convencerlos de que acepten la terapia familiar. El objetivo no es aleccionar a la familia sobre su funcionamiento defectuoso sino cambiar sus secuencias a fin de resolver los problemas presentados.

El enfoque adoptado para tratar un síntoma debe variar según se trate de una familia con uno o dos progenitores, la clase social a la que pertenece y sus antecedentes étnicos, y la edad de los niños involucrados. A una familia acomodada de la clase media no debe tratársela igual que a otra de clase baja que recibe un subsidio de asistencia social, ni a una familia italiana y católica de clase obrera igual que a otra de agricultores alemanes luteranos. La manera en que el terapeuta enfoque a la familia estará determinada por múltiples factores; aquí haremos hincapié en una estructura esquemática aplicable a muchas familias.

Cuando una familia trae a la clínica a un niño, ya sea un pequeño o un adolescente, significa que él es un problema, pues de lo contrario sus familiares no se habrían molestado en venir; a veces sucede que lo presentan como un supuesto problema cuando en realidad no lo es, siendo en verdad otros

los propósitos de la visita, pero aquí nos ocuparemos principalmente de la situación más corriente. Desde el punto de vista de la familia, el niño es el problema, y el pedido del terapeuta de que concurra en pleno a la primera entrevista puede llegar a intrigarla. No es necesario persuadir a sus integrantes de que tienen problemas familiares, pero sí de que deben cooperar haciendo lo que el terapeuta les pida para ayudarlos a superar el problema que ellos formulan.

Si el terapeuta piensa en función de díadas (unidades de dos personas), interpretará los síntomas del niño como una respuesta a otra persona que los está haciendo necesarios, y podrá pensar en el modo de cambiar el comportamiento sintomático del niño o en cómo modificar las respuestas recíprocas de la otra persona para impedir que esa conducta sintomática continúe.

Si piensa en función de tríadas, buscará el triángulo involucrado en el problema y la secuencia que demanda la conducta sintomática. Supondrá que si un niño presenta síntomas hay por lo menos dos adultos involucrados en el problema, siendo el niño a la vez un participante y un medio de comunicación entre aquellos. Si es una familia con un solo progenitor, investigará la relación existente con algún otro adulto, como ser una abuela o el progenitor separado o divorciado; si no está involucrado ningún otro adulto a nivel parental que parezca importante, pero sí un abuelo, se considerará al problema como de tipo trigeneracional. (Por supuesto, a veces el problema puede no radicar en la familia sino en la escuela, en el vecindario o en la relación entre la familia y alguna otra institución, pero aquí nos centraremos en los problemas internos de la familia.)

### Ejemplos de casos

Cuando el terapeuta ha conducido correctamente la primera entrevista, averiguando así la secuencia de hechos correspondientes al problema familiar, su segundo paso es buscar la estrategia más adecuada para generar el cambio. Lo mejor es suponer que el cambio debe producirse en etapas y que él no puede saltar directamente de la de planteo del problema a la de curación, sino que debe haber etapas intermedias. Por lo general, ha de pasar de una etapa de planteo del problema a otra de igual carácter antes de poder avanzar hacia el sistema normal. Ofreceremos aquí algunos ejemplos de casos para indicar las clases de etapas que pueden utilizarse.